



10° SLALOM CITTA' DI SANT'ANGELO MUXARO
19/20 LUGLIO 2025
TROFEO D'ITALIA SUD
CAMPIONATO SICILIANO
COPPA DEI MONTI SICANI - TROFEO SANT'ANGELO MUXARO



RICHIESTA DI ACCREDITO STAMPA

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____ Città _____ Cap _____

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

Tessera Stampa Naz. n. _____ Altre tessere n. (si prega specificare tipo e numero) _____

chiede di essere regolarmente accreditato alla manifestazione citata in qualità di:

-Giornalista - P.R. Addetto Stampa - Cineoperatore - Fotografo - Altro

Testata, Azienda o Società _____

Indirizzo _____

Tel. _____ Cell: _____ E-mail _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dei pericoli che possono esservi nel contesto delle manifestazioni automobilistiche e nell'assistere al loro svolgimento lungo il percorso di gara. Dichiara altresì di possedere l'esperienza e la preparazione professionale per assistere, in sicurezza, allo svolgimento di esse e di impegnarsi in ogni cautela necessaria ad evitare danni fisici e materiali; di rispettare gli ordini di sicurezza impartiti dagli Ufficiali di Gara e dalle Forze dell'Ordine, di assumersi ogni e qualsiasi responsabilità per danni che dovesse subire, per propria imprudenza o imperizia.

Di sollevare da ogni e qualsiasi responsabilità civile e penale il Comitato Organizzatore, il Direttore di Gara e qualsiasi altra persona, Istituzione o Associazione per quanto sopra esteso. N.B. autorizzo al trattamento dei dati personali ex D.lgs 196/2003.

SANT'ANGELO MUXARO 19 LUGLIO 2025

Firma _____

La consegna è prevista sabato 19/07/2025 presso il Centro Accrediti.

Consegnato Pass Stampa

Visto dell'Addetto Stampa _____

Da trasmettere entro il 10/07/2024 a:

martinsart@libero.it

N.B.: la documentazione in originale con allegata l'Autodichiarazione Anti Covid-19, va consegnata all'Addetto Stampa.

- Per Fotografi, Video Operatori, Cameraman è consigliata (**non obbligatoria**) la Polizza Assicurativa a copertura di infortuni anche accidentali, etc. etc.

Polizza Assicurativa

Polizza n° _____

Compagnia _____ Scadenza _____

Il sottoscritto dichiara quanto sopra riportato nella consapevolezza della responsabilità in caso di dichiarazioni mendaci o non corrispondenti al vero.

Firma
